

入会申込書

自治医科大学附属病院 医師同門会 事務局 行き

(自治医科大学附属病院 患者サポートセンター 地域医療連携室内)

送信先FAX番号： 0285(44)5397

自治医科大学附属病院医師同門会 正会員入会申込書

年 月 日

自治医科大学附属病院医師同門会

会長 川合 謙介 様

私は、自治医科大学附属病院医師同門会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

| | |
|----------------------------|---------------------------------|
| フリガナ | |
| 氏名 | Ⓜ |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名のアルファベット表記 (英文会員証に使用) | |
| 自宅 | 住所 〒 — |
| | 電話 (携帯電話可) |
| | e-mailアドレス |
| 勤務先 又は 開業施設 | 名称 |
| | 住所 〒 — |
| | 電話 |
| | e-mailアドレス |
| 自治医大 入職年月日 | 年 月 日 |
| 自治医大 退職年月日 | 年 月 日 |
| 自治医大在職中の診療科 | |
| 同門会からの連絡先 | 1 自宅 2 勤務先 を希望 (どちらかに○) |
| 総会資料への個人情報掲載 | 1 勤務先のみ可 2 自宅・勤務先とも不可 3 その他 () |

※本入会申込書を返信後、2週間以内に入会時会費 10,000 円をお振込みください。[振込名義は、会員御本人の氏名にてお願いいたします]

足利銀行 自治医大出張所 普通2719854 自治医科大学附属病院医師同門会長